

Invertir en

SALUD MENTAL



Organización Mundial de la Salud

Esta publicación ha sido preparada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Para mayor información y 'feedback', contactar el:

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Av. Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza

Tel. +41 22 791 21 11, fax +41 22 791 41 60, Correo electrónico: mnh@who.int, página web:

http://www.who.int/mental_health

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Invertir en salud mental.

1.Trastornos mentales – economía 2.Trastornos mentales – terapia 3.Servicios de salud mental – economía

4.Costo de la enfermedad 5.Inversiones I.Título.

ISBN 92 4 356257 6

(Clasificación NLM: WM 30)

© Organización Mundial de la Salud 2004

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de ningún daño causado por la utilización de los datos.

Diseño: Tushita Graphic Vision Sàrl, CH-1226 Thône, Ginebra

Fotografía de la portada: Organización Mundial de la Salud

Impreso en Suiza

Traducción: Dr. Itzhak Levav

Revisión y correcciones: Sra. Rosa Seminario y Sra. Elvia Bello

Indice

Introducción	3
Resumen ejecutivo	4
¿Qué es salud mental?	7
La magnitud y la carga de los trastornos mentales	8
La carga económica de los trastornos mentales	14
Promoción de la salud mental: prevención y manejo de la enfermedad mental	26
La brecha entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados	36
El Programa Mundial de Acción de la OMS	40
Mucho puede hacerse; el esfuerzo colectivo puede contribuir a mejorar la salud mental	43
Bibliografía	46
Para más información	48



Photo: © WHO, P. Viot

Introducción

por el Director-General

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores. En los últimos años el mundo se ha tornado más consciente de la enorme carga y el potencial que existe para hacer progresos en salud mental. En efecto, podemos lograr un cambio usando el conocimiento que está presto a ser aplicado.

Necesitamos invertir sustancialmente más en salud mental - y debemos hacerlo ahora.

¿Qué tipos de inversión?

Inversión financiera y en recursos humanos. Una proporción mayor de los presupuestos nacionales debe ser asignada para desarrollar una adecuada infraestructura y servicios. Simultáneamente, más recursos humanos son requeridos para proveer la atención y el cuidado que necesitan aquellos que sufren trastornos mentales y para proteger y promover la salud mental. Los países, especialmente aquellos con recursos limitados, necesitan establecer políticas, planes e iniciativas definidas a fin de promover y apoyar la salud mental.


¿Quién debe invertir? Todos nosotros, los que estamos interesados en la salud y el desarrollo de los pueblos y comunidades. Esto incluye las organizaciones internacionales, agencias de apoyo al desarrollo, fundaciones y corporaciones, el mundo de los negocios y los gobiernos.

¿Qué podemos esperar de estas inversiones?

La provisión de servicios que se requieren hoy y no existen aún, atención y apoyo en proporciones mayores destinados a los casi 450 millones de personas que sufren de trastornos mentales comparado con lo que reciben actualmente. Esto implica: servicios más efectivos y humanos, atención que permita prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura; y un apoyo que les permita alcanzar una vida más sana y más rica - una vida vivida con dignidad.

Podemos esperar también beneficios financieros como resultado de una mayor productividad y costos menores por la enfermedad y el cuidado, además de ahorros de costos asumidos por otros sectores.

Esta inversión resultará en individuos y comunidades con mayor capacidad para evitar o afrontar el estrés y conflictos que son parte de la vida diaria, y, como resultado, llegarán a disfrutar de una mejor calidad de vida y de mejor salud.



LEE Jong-wook

Resumen ejecutivo

Para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, surge más claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. En efecto, la salud mental puede ser definida como el

estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a

la salud física. Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia.

Esta publicación tiene como propósito guiarle en el descubrimiento de la salud mental así como proporcionarle una mayor comprensión acerca de lo que se puede hacer para promover la salud mental en el mundo y aliviar las cargas y evitar las muertes prematuras causadas por los trastornos mentales. Cabe recordar que tratamientos efectivos e intervenciones, ambos costo-eficaces, están ahora disponibles. Ha llegado la hora de superar barreras y de trabajar conjuntamente a fin de reducir la brecha entre lo que se necesita hacer y lo que realmente se está haciendo, entre la carga de los trastornos mentales y los recursos empleados para hacerles frente. Cerrar la brecha es una clara obligación no sólo para la Organización Mundial de la Salud, sino también para los gobiernos, agencias de cooperación para el desarrollo, fundaciones, instituciones de investigación y la comunidad del mundo de los negocios.

La magnitud y la carga del problema

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.
- Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año.
- Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar.
- Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

La carga económica de los trastornos mentales

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, no sorprende que exista una enorme carga emocional así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma - y, frecuentemente, de sus cuidadores - para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Afortunadamente, el costo del tratamiento se compensa como resultado de la reducción en el número de días de ausentismo y la productividad disminuida en el trabajo.

Aliviando el problema: prevención, promoción y programas de gestión

Una combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención en el campo de la salud mental, en los marcos de estrategias públicas generales, puede evitar años vividos con discapacidad e, incluso, la muerte prematura, reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, aumentar considerablemente el capital social, ayudar a reducir la pobreza y a promover el desarrollo del país.

Diversos estudios proveen ejemplos de programas eficaces dirigidos a diferentes grupos de edad - desde la etapa prenatal y la infancia temprana, pasando por la adolescencia y culminando en las edades avanzadas - y a situaciones varias, como estrés postraumático después de los accidentes, estrés en la vida marital, y depresión o ansiedad como resultado de la pérdida de trabajo, viudez o adaptación post-retiro. Estudios adicionales son necesarios en esta área, particularmente en países de bajos ingresos. Existen evidencias firmes que muestran que intervenciones exitosas para la esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales no sólo existen, sino que son accesibles y costo-eficaces.

Sin embargo, existe una brecha considerable entre las necesidades de atención de los trastornos mentales y los recursos disponibles. En países desarrollados, que cuentan con sistemas de atención bien establecidos, entre el 44% y el 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento. En los países en desarrollo estas cifras son aún mucho más sorprendentes y llegan casi al 90%.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS

Para superar barreras y cerrar la brecha entre los recursos y las necesidades creadas por los trastornos mentales, así como para reducir el número de años vividos con discapacidad y muertes asociadas con esos trastornos, la Organización Mundial de la Salud ha establecido el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este es parte del esfuerzo tendiente a implementar las recomendaciones del Informe Mundial de la Salud 2001 en materia de salud mental y se basa en estrategias destinadas a mejorar la salud mental de los pueblos. A fin de implementar estas estrategias, la OMS ha lanzado diferentes proyectos y actividades, tales como la Campaña Mundial Contra la Epilepsia, la Campaña Mundial de Prevención del Suicidio, y los destinados a fortalecer las capacidades nacionales para establecer una política sobre el uso de alcohol, y colaboración con los países para desarrollar servicios relacionados con el abuso de alcohol. La OMS se encuentra también desarrollando directrices para las intervenciones en salud mental en casos de emergencias, y para el manejo de la depresión, esquizofrenia, problemas relacionados con el alcohol, uso de drogas, epilepsia y otros trastornos neurológicos. Estos proyectos se insertan en un marco de actividades que incluye: el apoyo a los países para ejercer el monitoreo de sus sistemas de salud mental, la formulación de políticas, la actualización de la legislación y la reorganización de los servicios. Estos esfuerzos están por lo general destinados a países de bajos o medianos ingresos, donde la brecha de servicios es mayor.

Invertir en salud mental ahora puede generar enormes beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras. Estas prioridades son hartamente sabidas y los proyectos y actividades que se requieren son claros y posibles. Es ahora nuestra responsabilidad de tornar estas posibilidades en realidad.

**Se estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años:
¿Estamos haciendo lo suficiente para hacer frente a este creciente desafío?**

¿Qué es salud mental?

Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva

y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los

migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

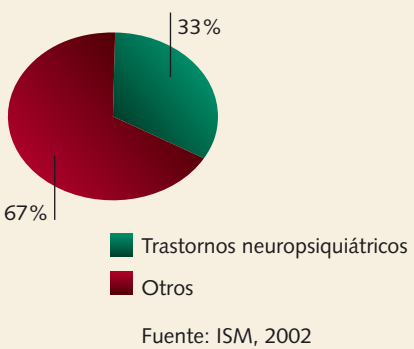
Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención.

La magnitud y carga de los trastornos mentales

Un enorme peso

Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, amén de un 2,1% debido a lesiones autoinfligidas (Ver Fig.1). Solo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

1
Años vividos con discapacidad: Todo el Mundo



A las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad, a las lesiones autoinfligidas el 3,3% y al VIH/SIDA otro 6% (Fig.2). Estas dos últimas causas incluyen un componente conductual. Cabe señalar que estas cifras, ahora bastante conocidas, se acompañan de un inmenso sufrimiento humano.

- Más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado;

- Cerca de 1 millón se suicidan cada año;
- Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia;
- 38 millones están afectadas por la epilepsia; y
- Más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas.

El número de individuos con trastornos probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones, y como resultado de conflictos sociales.

Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria.

Los problemas mentales y conductuales en cuanto factores de riesgo en la morbilidad y mortalidad generales

Es cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social, y con el estado de salud. Por ejemplo, la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares. Por otra parte, la adherencia al tratamiento en personas afectadas por un trastorno físico que además sufren de depresión, ansiedad y uso de sustancias puede flaquear de manera sustancial. Recuérdese también que ciertas conductas adversas, tales como el fumar y la actividad sexual no protegida, están ligadas al origen de varios trastornos físicos tales como el cáncer o el VIH/SIDA.

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, tres de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental/conductual (sexo no protegido y el uso del tabaco y de alcohol) mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales/conductuales (sobrepeso, alta presión arterial y alto colesterol).



Photo: © WHO, P. Viot

Los trastornos mentales y las enfermedades médicas están interrelacionados

El tratamiento de la depresión en los casos de comorbilidad con enfermedades físicas puede mejorar la adherencia a las intervenciones en enfermedades médicas crónicas.

Las situaciones de comorbilidad implican la coexistencia en la misma persona de un trastorno mental, v.g., la depresión, y de una enfermedad física, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos o cáncer. Cabe hacer notar que en la comorbilidad no se trata de una situación casual ni tampoco de un sentimiento de desmoralización o tristeza generado por las dificultades creadas por la enfermedad crónica. Mientras que la tasa de prevalencia de la depresión mayor en la población general fluctúa en un promedio de 3% a 10%, cuando coexiste una enfermedad física crónica esta tasa es aún más alta (Fig.3)

Pacientes con comorbilidad por depresión con menor frecuencia cumplen el tratamiento o las recomendaciones médicas, y están expuestos a un riesgo mayor de discapacidad y mortalidad.

Por ejemplo, se ha demostrado que pacientes con depresión no cumplen con los regímenes de medicamentos en una frecuencia tres veces mayor que los pacientes libres de depresión. También existen evidencias que la depresión predice la incidencia de problemas cardíacos. En el caso de las enfermedades infecciosas, la no-adherencia al tratamiento puede acarrear resistencia a la medicación. Esto último tiene implicaciones sanitarias graves por cuanto puede eventualmente dar lugar a agentes infecciosos resistentes.

La depresión que acompaña la enfermedad afecta la calidad de vida y diversas áreas del funcionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Además, puede generar una mayor utilización de los servicios y costos.

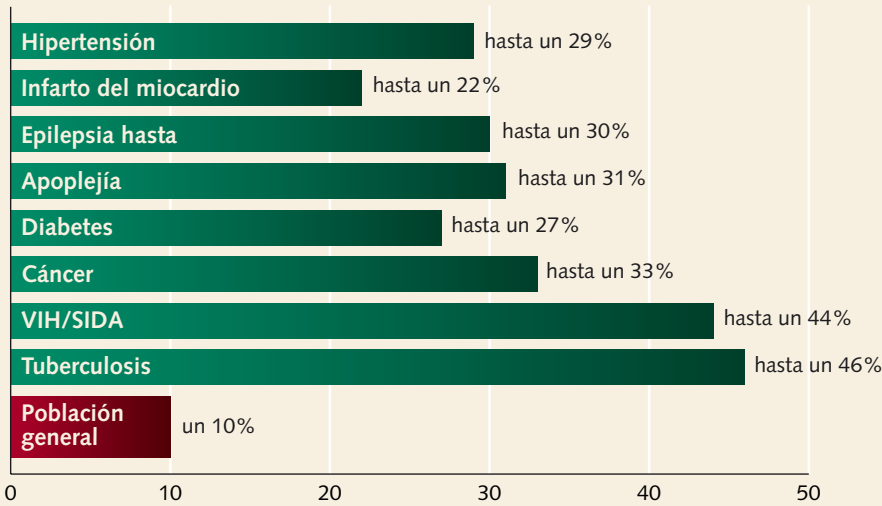
Ensayos clínicos han consistentemente demostrado la eficacia del tratamiento antidepresivo en pacientes con comorbilidad por depresión y enfermedad médica crónica. El tratamiento apropiado de la depresión puede favorecer un mejor resultado médico.

La comorbilidad, que significa la coexistencia en la misma persona de dos o más trastornos, se ha convertido en un tópico de interés creciente en la atención de salud. Las investigaciones han mostrado que un número de trastornos mentales (v.g. depresión, ansiedad, abuso de sustancias) ocurren en personas que sufren de enfermedades transmisibles y no transmisibles en una proporción mayor que lo indicado por el azar. Y, como se anotara antes, también es frecuente la situación recíproca en cuanto hay una mayor tasa de depresión en personas que sufren de una enfermedad física. También es de notar que las tasas de suicidio son mayores en estas personas.

La comorbilidad resulta en un cumplimiento menor del tratamiento médico, un aumento en la discapacidad y mortalidad, y mayores erogaciones. No obstante tamaña gravedad, los trastornos comórbidos pasan desapercibidos y hasta pueden tratarse de manera no apropiada. Una mayor consciencia y comprensión, así como el manejo integral del problema puede aliviar la carga causada por los trastornos comórbidos tanto en la persona, su familia, la sociedad toda y en los servicios de salud.

3

Prevalencia de depresión mayor en pacientes con enfermedades físicas



Fuente: OMS, 2003. Documento sin publicar

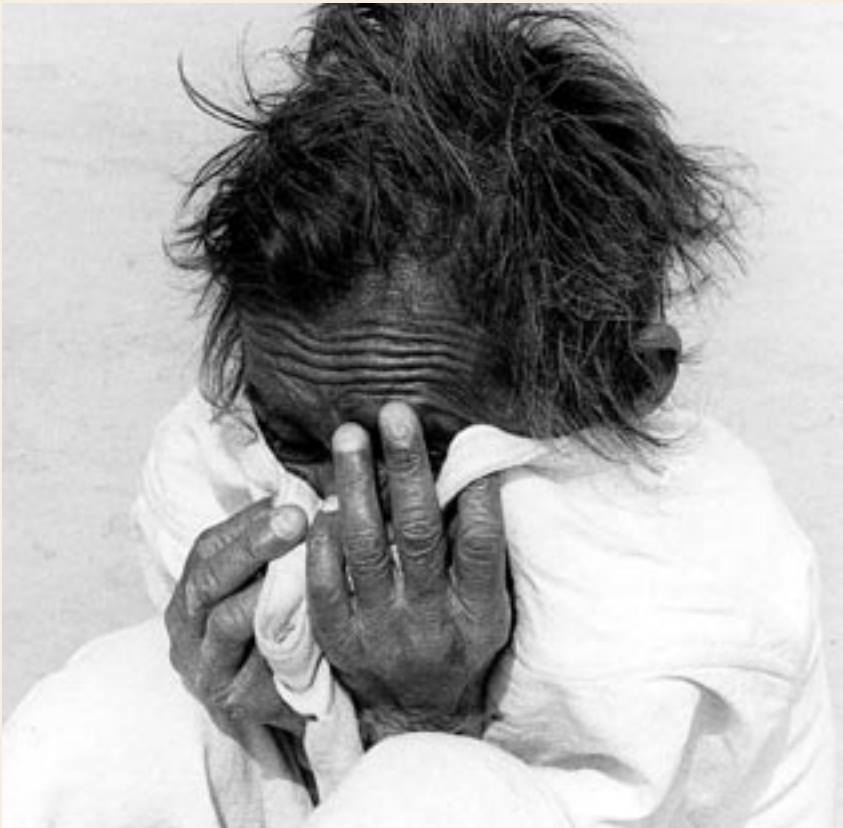


Photo: © WHO, A.S. Kochhar

Los trastornos mentales constituyen una carga significativa para la familia. La carga de los trastornos mentales va más allá que lo definido por los Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD).

La magnitud de la carga de los trastornos mentales en los miembros de la familia es difícil de justipreciar, y, por consiguiente, aún permanecen ignorados. Empero, ellos generan un impacto significativo en la calidad de vida de la familia.

La carga de la familia no puede ser ignorada

Los miembros de la familia son, con frecuencia, los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. Como tal, ellos proveen apoyo emocional e instrumental, y con no menor frecuencia también deben afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención. Se estima que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual. Amén de la infelicidad de ver a un miembro afectado, la familia está asimismo expuesta al estigma y a la discriminación. El rechazo por parte de los amigos, parientes, vecinos y la comunidad puede acrecentar el sentimiento de

aislamiento de la familia, resultando en una restricción de actividades sociales, y la imposibilidad de participar en las redes sociales normales.

Los cuidadores no formales requieren más apoyo. El fracaso de la sociedad en cuanto no reconoce la carga de los trastornos mentales en las familias implica que poco es el apoyo que éstas reciben. Los gastos acarreados por el tratamiento de los trastornos mentales son frecuentemente solventados por las familias, toda vez que el estado o los seguros de salud no cubren esa atención sea parcial, sea completamente. La familia también

necesita invertir una cantidad significativa de tiempo para la atención del miembro afectado. Desafortunadamente, por la falta de comprensión por parte del grueso de los empleadores, y la ausencia de esquemas laborales especiales para enfrentar el problema, a veces les torna difícil a los miembros de la familia conseguir empleo o mantener el empleo actual, o se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas del trabajo. Esta situación hace aún más costosos los gastos asociados con el tratamiento y cuidado de la persona con un trastorno mental.

Hablar de los trastornos mentales es hablar de estigma y de derechos humanos

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social.

En muchos países, esas personas tienen acceso limitado a la atención de salud mental que requieren, dado que no cuentan con servicios en su área de residencia o porque son escasos en todo el país. A guisa de ilustración, el proyecto Atlas de la OMS identificó que un 65% de las camas psiquiátricas están en hospitales mentales, cuyas

condiciones no son satisfactorias. Los lugares de internación deben trasladarse del hospital mental a los hospitales generales y a los servicios de rehabilitación comunitarios.

Las violaciones de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas distan de ser infrecuentes

Muchas instituciones psiquiátricas practican una atención inadecuada, degradante y hasta dañina. Las

condiciones de higiene y de vivienda pueden llegar a ser subhumanas. Por ejemplo, existe evidencia de ciertos casos de pacientes que han sido atados a troncos, alejados de su comunidad durante largos periodos de tiempo y sin alimentos, vivienda o ropas adecuadas.

No distan de ser raros, las hospitalizaciones y los tratamientos que no cuentan con el consentimiento del paciente. Los aspectos legales y éticos vinculados con ambos son soslayados,

Además del peso social y económico, las personas que sufren de enfermedades mentales son también víctimas de violaciones de los derechos humanos, de estigma y discriminación.

y evaluaciones independientes respecto a la capacidad del paciente son omitidas. Esto significa que las personas pueden ser encerradas por extensos periodos, a veces de por vida, a pesar de contar con la capacidad de decidir su destino y de poder vivir en la comunidad.

Las violaciones también tienen lugar fuera de las instituciones: el estigma de la enfermedad mental

Tanto en países de altos como de bajos ingresos hay una larga historia

de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias. Esto se traduce en estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia, y rechazo o evitación. Los mitos y concepciones erradas afectan la vida diaria de las personas llevando hasta la discriminación y la negación de incluso los más elementales derechos humanos. En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación, amén de discriminación en los sistemas de seguros de

salud y en los programas de vivienda. En algunos países el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales. En otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno. El estigma y la discriminación pueden, a su vez, afectar la capacidad de la persona para ganar acceso a una atención apropiada, recuperarse de su enfermedad e integrarse a la sociedad.

Violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales: la voz del que sufre

Camas que son jaulas

Muchas instituciones psiquiátricas, hospitales generales e instituciones sociales en ciertos países continúan usando camas-jaulas rutinariamente para restringir el movimiento de personas con trastornos mentales y retardo mental. Las camas-jaulas pueden tener una red o, en algunos casos, barras metálicas que sirven para inmovilizar al paciente. En oportunidades, los pacientes permanecen en estas camas-jaulas por periodos prolongados, hasta años. Este tipo de instrumentos son frecuentemente usados cuando el personal es escaso o está mal capacitado, en otras oportunidades se les usa como castigo o como amenaza de castigo. La restricción del movimiento puede llevar hasta a úlceras de decúbito – escaras –; obviamente, el impacto psicológico es extremo. Las personas han descrito la experiencia como emocionalmente devastadora, aterrorizadora, humillante, degradante. (*Camas enjauladas - Tratamiento inhumano y degradante en cuatro países que acceden a la Unión Europea*, Centro de Abogacía para la Discapacidad, 2003).

Encadenados y quemados como resultado de un fuego accidental

Agosto 2001: Veinticinco personas perecieron quemadas en Erwadi, India. Un fuego devastador comenzó a las 5 de la mañana en el asilo. De los 46 pacientes con trastornos mentales, 40 estaban encadenados a sus lechos. Erwadi había sido considerado un lugar sagrado, famoso por su “dargah” (mausoleo). Durante el curso del “tratamiento”, las personas con trastornos mentales eran frecuentemente apaleadas, azotadas y golpeadas a fin de “ahuyentar el diablo”. Durante el día, eran atadas a los árboles con gruesas sogas. Durante la noche, eran encadenadas a sus lechos (www.indiatogether.org).

La carga económica de los trastornos mentales

Como se notara antes, en virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es enorme. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan (Cuadro 1).

Cuadro 1. La carga económica de los trastornos mentales

	Costos de atención	Costos de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de los servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento; efectos colaterales del tratamiento; suicidio
Familia y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	–
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general (impuestos/seguro)	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas); exclusión social

Para justipreciar la carga económica mensurable, se han transformado en el Cuadro 2 los diversos impactos económicos en una medida única organizada por tipos de costos basados en egresos incurridos o recursos perdidos. Una característica importante de los trastornos mentales es que mientras la mortalidad es baja, el comienzo de los trastornos ocurre en edades tempranas y los costos indirectos derivados de la atención son altos.

Cuadro 2. Tipos de costos mensurables

	Costos de la atención	Otros costos no relacionados con la salud
Costos directos (pagos)	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento y pago de los servicios	<ul style="list-style-type: none">• Servicios sociales• Sistema judicial y carcelario• Transporte
Costos indirectos (recursos perdidos)	<ul style="list-style-type: none">• Costos por morbilidad (valor de la productividad)• Costos por mortalidad	<ul style="list-style-type: none">• Valor del tiempo de los cuidadores familiares

Los trastornos mentales imponen una diversidad de costos en los individuos, hogares, empleadores y en la sociedad toda

¿Cuánto cuesta la enfermedad mental?

Las estimaciones de los costos no están disponibles para todos los trastornos mentales, y ciertamente no lo están para todos los países. Los estudios con metodologías más acabadas se llevaron a cabo en la Gran Bretaña y los EE.UU. Según los precios vigentes en 1990, los problemas de salud mental fueron responsables por el 2,5% del Producto Nacional Bruto (PNB) en los EE.UU. (Rice et al., 1990). En los Estados miembros de la Unión Europea el costo de los problemas de salud mental fue estimado entre el 3% y el 4% del PNB (OIT, 2000), de este porcentaje los costos de atención llegaban a un promedio del 2% del PNB.

- Rice et al., calcularon para los **Estados Unidos** un costo agregado de US\$ 148 000 millones (precios del año 1990) para todos los trastornos mentales. Uno de los hallazgos más importantes fue que los costos indirectos son parejos o mayores que los costos directos para todos los sectores de salud mental. Los gastos por cuenta de los trastornos mentales y el abuso de sustancias llegaron a los US\$ 85 300 millones en 1997, a saber: US\$ 73 400 millones por la enfermedad mental y US\$ 11 900 millones por el abuso de sustancias (Mark et al., 2000).

- Para **Canadá** el costo total de toda la carga de los trastornos mentales llegó a por lo menos Can\$14 400 millones, a saber: Can\$ 8 100 millones en concepto de productividad pérdida y Can\$ 6 300 millones en concepto de tratamientos (Stephens y Joubert, 2001). Esto hace de los problemas de salud mental una de las condiciones más onerosas en Canadá.

- Patel y Knapp (1997) estimaron el costo agregado de los trastornos mentales en la **Gran Bretaña** en 32 000 millones de libras esterlinas (a los precios de 1996/97), 45% de los cuales son imputables a la productividad pérdida.



Los problemas de salud mental en la niñez generan costos adicionales en los adultos

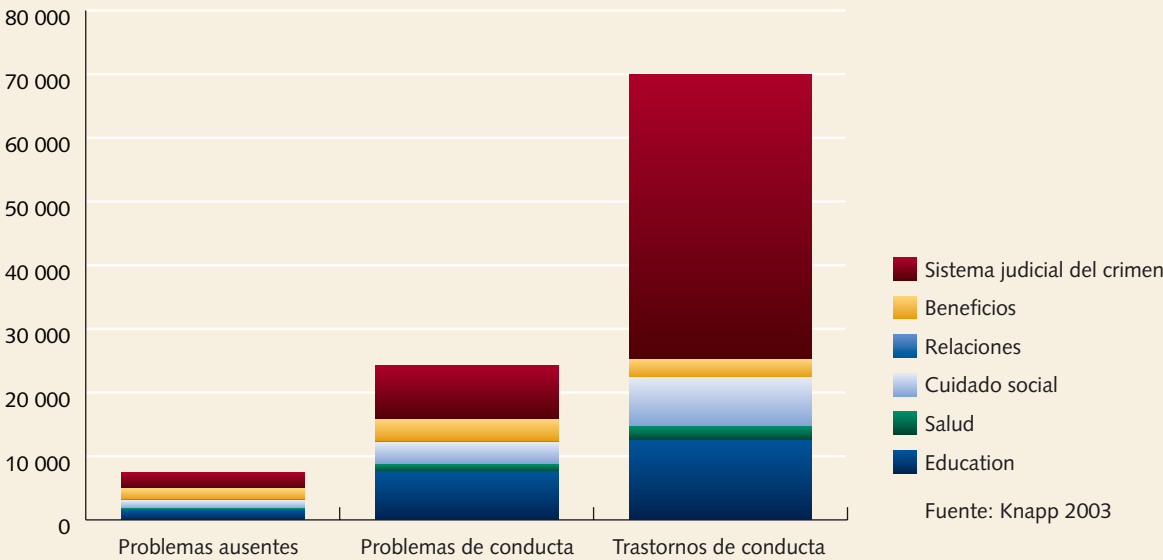
Los costos de los desórdenes de la niñez pueden ser muy altos y permanecer ocultos. (Knapp et al., 1999). El comienzo precoz del trastorno mental afecta la educación y la carrera temprana profesional (Kessler et al., 1995). Las consecuencias en la adultez pueden ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas (Maughan y

Rutter, 1998). Knapp muestra en el diagrama 4 que niños con trastornos de conducta generan costos adicionales en las edades de 10 a 27 años. Estos no sólo se relacionan con la salud, como sería de esperar, sino con los sistemas de educación y justicia, lo cual crea riesgos al capital social.

4

Costos en la adultez de problemas de salud mental en la niñez

Costos adicionales en las edades 10-27 años (en libras esterlinas)



Fuente: Knapp 2003

Los altos costos de los trastornos mentales comparados con otras condiciones crónicas

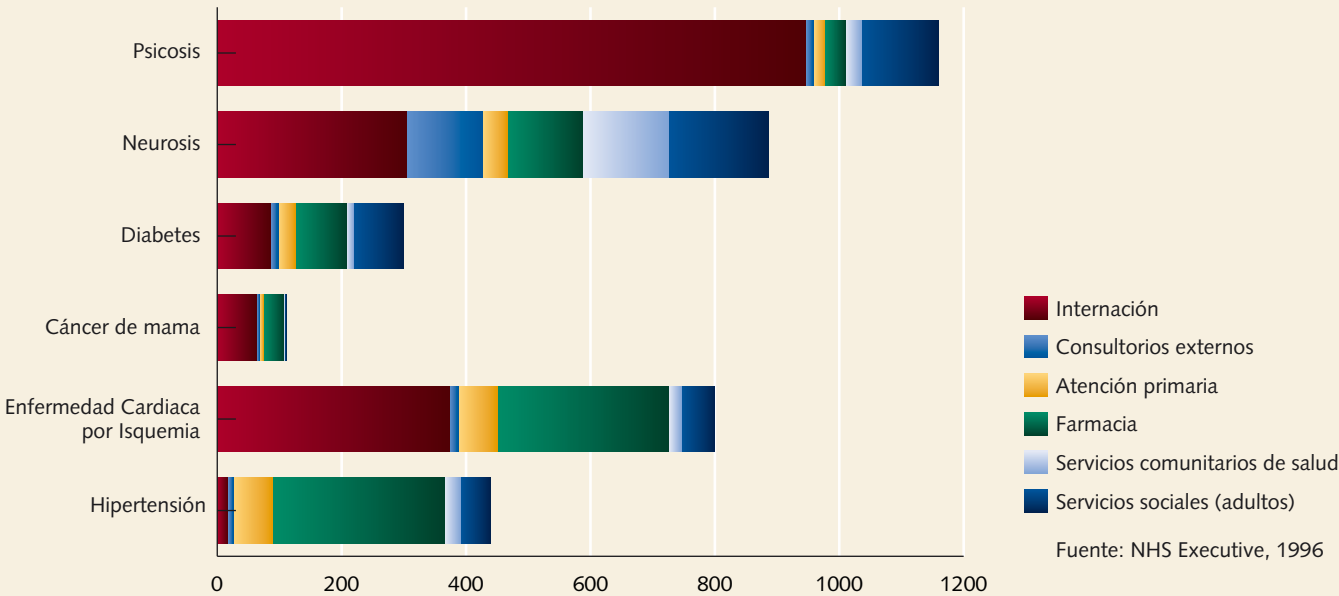
Un reciente estudio comparativo de la carga de las enfermedades llevado a cabo en el Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña demostró los costos relativos y absolutos de la atención en un amplio espectro de trastornos,

incluyendo los altos gastos asociados con condiciones crónicas como psicosis y neurosis (NHS Executive, 1996, diagrama 5 abajo).

5

La carga de las enfermedades en el Servicio Nacional de Salud, 1996

Libras esterlinas (en millones), 1992/93



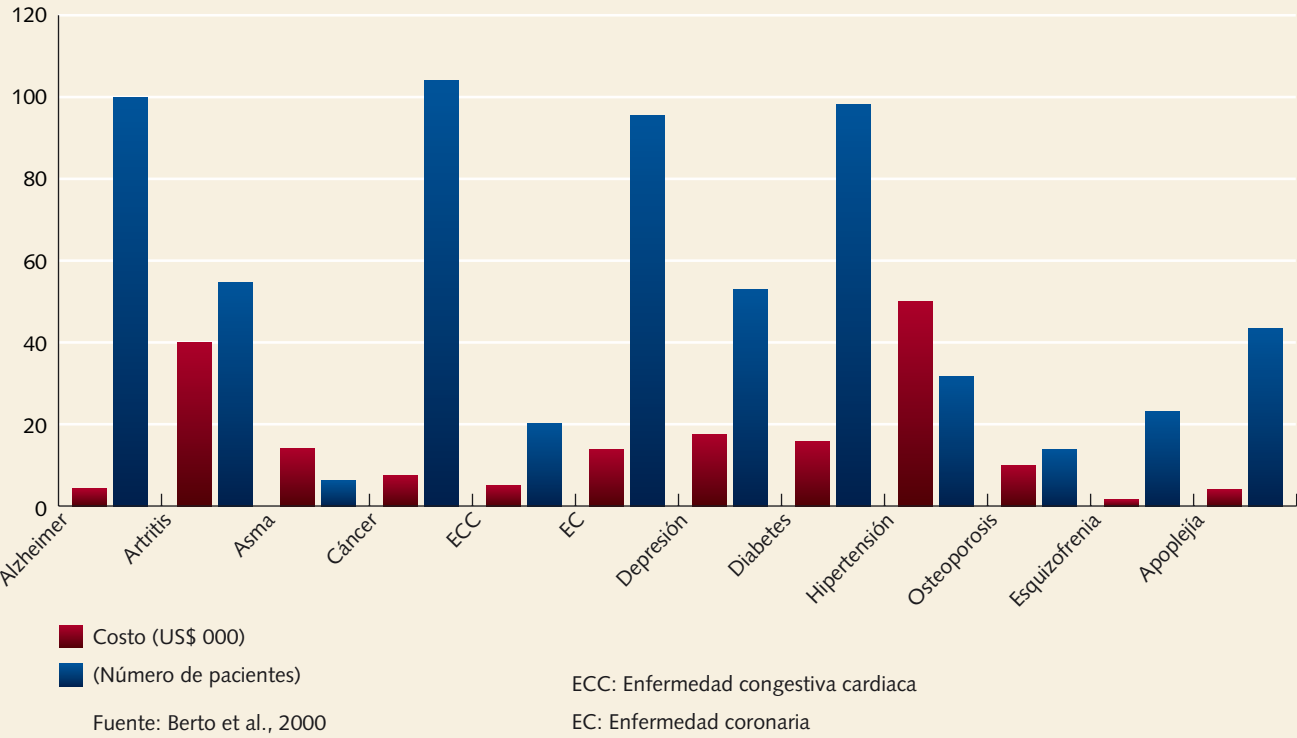
Otro estudio reciente (Berto et al., 2000) presenta la prevalencia y el costo total del manejo de enfermedades tales como Alzheimer, asma, cáncer, depresión, osteoporosis, hipertensión, y esquizofrenia. Tal como

se observa en el diagrama 6 para los EE.UU. tres trastornos mentales considerados por Berto et al., la enfermedad de Alzheimer, la depresión y la esquizofrenia, presentan una alta relación prevalencia:costo.

6

Número de pacientes y costo de los principales condiciones crónicas: Estados Unidos

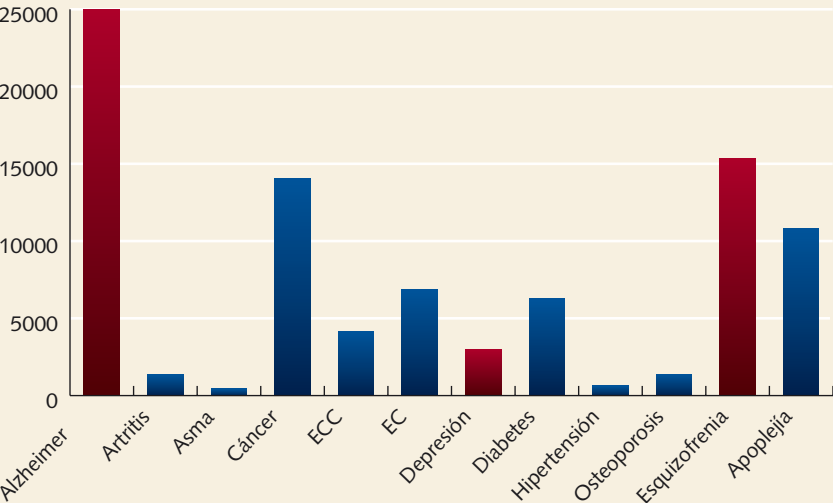
(En millones)



7

Aún más interesante es considerar enfermedades diversas en términos del costo promedio por paciente, ver diagrama 7. La enfermedad de Alzheimer y la esquizofrenia son dos de las enfermedades más costosas. El costo promedio por paciente es más alto que el del cáncer y la apoplejía.

Costo anual por paciente de algunas condiciones severas: Estados Unidos
(US\$/pacientes/por año)



ECC: Enfermedad congestiva cardíaca
EC: Enfermedad coronaria

Fuente: Berto et al., 2000

En muchos países desarrollados, 35% al 45% del ausentismo laboral es debido a los problemas de salud mental

En los EE.UU. se ha imputado a la enfermedad mental un 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades, seguido por el abuso de alcohol, 34% (Rouse, 1995). Un informe de una universidad canadiense (Universidad de Laval, 2002) reveló

que las ausencias por causas psicológicas aumentaron en un 400% de 1993 a 1999. Una encuesta sobre morbilidad psiquiátrica en la Gran Bretaña mostró que las personas afectadas por psicosis tomaron licencia en un promedio de 42 días al año. El mismo estudio reveló que las personas con

dos o más trastornos neuróticos tomaron licencia un promedio de 28 días al año comparado con 8 en los que tenían un trastorno neurótico (Patel y Knapp, 1997).

Productividad disminuida en el trabajo:

incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden causar una reducción apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento

Un estudio reciente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard examinó el impacto de los trastornos psiquiátricos con relación a los días de trabajo perdidos (ausentismo) entre diferentes grupos ocupacionales en los EE.UU. (Kessler y Frank, 1997). El número promedio de días perdidos atribuible a los trastornos citados llegó a los 6 días por mes por cada 100 trabajadores, mientras que el número de días de productividad reducida fue de 31 días por mes por cada 100 trabajadores. Aunque el

impacto de días perdidos no difirió en las diferentes ocupaciones, el impacto en cuanto a productividad disminuida fue mayor en los trabajadores profesionales. Tanto el ausentismo como la productividad disminuida, fueron más frecuentes en aquellos con trastornos comórbidos que en los que estaban afectados por un solo trastorno. El estudio hizo una estimación anualizada al nivel nacional de los EE.UU.; ésta llegó a más de 4 millones de días de trabajo perdidos y a 20 millones de días de productividad disminuida.



Photo: © WHO, P. Viro

La enfermedad mental afecta el acceso al mercado de trabajo y a la permanencia en el trabajo

El caso especial de la depresión

La carga de la depresión esta creciendo; ésta afecta tanto la vida laboral como la social de los individuos.

En los EE.UU se ha estimado que del 1,8% al 3,6% de los trabajadores sufren de depresión y que estos están discapacitados en una medida doblemente alta respecto a los que no la tienen (Goldberg y Steury, 2001). En el 2000, 7,8 millones de canadienses fueron tratados por depresión, lo cual representa un aumento del 36% comparado con el año anterior.

En una gran compañía financiera norteamericana, la depresión causó un promedio de 44 días de ausencia del trabajo por discapacidad transitoria comparada con 42 días por enfermedad cardiaca, 39 días por dolor lumbar, y 21 días por asma (Conti y Burton, 1994). Los estudios sugieren que los costos anuales promedio, incluyendo los médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para los trabajadores con depresión llegarían a ser 4,2 veces más altos que los incurridos por un asegurado común (Birnbaum et al., 1999). Cabe destacar que los costos por el tratamiento de la depresión se equilibran con la reducción en días de ausentismo laboral. También es importante destacar que los costos incurridos para alcanzar una remisión parcial o total de una depresión han disminuido desde 1991 y 1996.

En síntesis, la carga de la depresión está aumentando pero los costos del tratamiento están bajando mientras que la calidad de la atención ha estado mejorando en el curso del tiempo. Inversiones específicas para prevenir y tratar la depresión pueden y deben hacerse tanto en países en desarrollo como en los desarrollados.

En los EE.UU. 5-6 millones de trabajadores entre las edades de 16 a 54 años pierden, no buscan, o no pueden encontrar empleo como consecuencia de la enfermedad mental. Entre los que no logran conseguir trabajo, se ha estimado que la enfermedad mental disminuye el ingreso anual de US\$ 3500 a US\$ 6000 (Marcotte y Wilcox-Gok, 2001).

En la Gran Bretaña, una encuesta realizada en 1995 reveló que la mitad de las personas con psicosis fueron clasificadas como permanentemente imposibilitadas para trabajar, un quinto de ellas estaban empleadas y 1 de 8 estaba desempleada (Patel y Knapp, 1997).

Los individuos afectados por trastornos comórbidos (físicos y mentales) tienen regularmente tasas más bajas de empleo que las personas afectadas por un solo trastorno físico. En diferentes encuestas, aproximadamente un 20% menos de personas con un trastorno físico y psiquiátrico simultáneo informaron estar empleadas, en contraste con las afectadas por un solo trastorno físico (McAlpine y Warner, 2002).

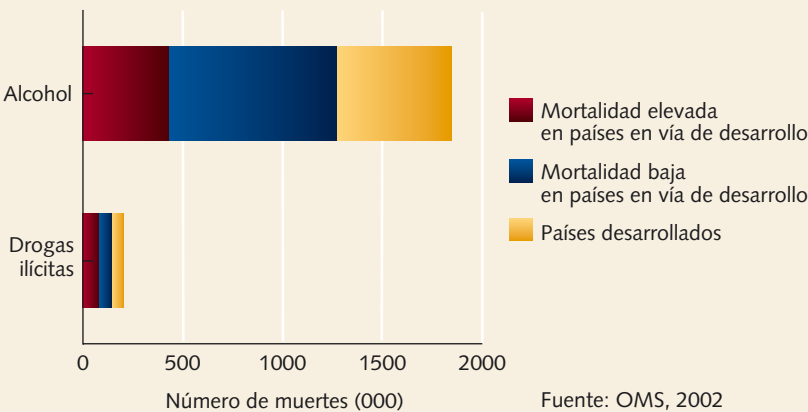
La carga del abuso de sustancias

- 76,3 millones de personas son diagnosticadas como afectadas por un trastorno causado por el alcohol;
- Por lo menos 15,3 millones de personas están afectadas por trastornos relacionados con el uso de drogas;
- Entre 5-10 millones de personas se inyectan drogas;
- 5%-10% de todas las nuevas infecciones por VIH en el mundo resultan por drogas inyectadas;
- Más de 1,8 millones de muertes en el año 2000 se atribuyeron a riesgos relacionados con el alcohol;
- 205 000 muertes en el año 2000 fueron atribuidas al uso ilícito de drogas (Diagrama 8);
- El gobierno, los que abusan de drogas y sus familias costean la mayor parte de la carga económica del abuso de drogas;
- Por cada dólar invertido en el tratamiento del drogadicto, se ahorran siete en costos sociales y de salud.

El abuso de alcohol y otras sustancias continúa siendo uno de los problemas más serios de la salud pública en países desarrollados y en desarrollo. El 4% de las cifras mundiales de la carga de la enfermedad se imputaron al alcohol en el año 2000.

8

Muertes en el año 2000 atribuidas al uso ilícito de drogas y alcohol



En **América latina**, el alcohol fue el más importante factor de riesgo de la carga global de las enfermedades en el año 2000. De las 246 000 muertes estimadas que fueron relacionadas con el alcohol, alrededor de 61 000 fueron causadas por lesiones intencionales y no intencionales (OMS, 2002), todas las cuales podrían haber sido prevenidas. El abuso de alcohol es también responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de los niños, y productividad laboral disminuida.

En **Sudáfrica**, del 25% al 30% de las admisiones en los hospitales generales están directa o indirectamente relacionadas con el abuso de alcohol (Albertyn y McCann, 1993), y del 60% al 75% de admisiones en centros especializados de tratamiento son por

problemas relacionados con el alcohol y la dependencia. Cerca del 80% de las personas víctimas de asaltos físicos (hombres y mujeres) que se presentaban a una unidad de traumatología en la Ciudad del Cabo estaban bajo la influencia de alcohol o fueron lesionados como resultado de violencia relacionada con el alcohol (Steyn, 1996). La mayoría de las víctimas de accidentes relacionados con las vías férreas, accidentes de tránsito – peatones y conductores – tenían niveles de alcohol en la sangre que excedían los límites normales (Van Kralingen et al., 1991). El síndrome alcohólico fetal es la causa más frecuente de discapacidad en el país (Departamento de Comercio e Industria, 1997).

En **Asia**, el abuso de sustancias está considerado como la causa principal en el 18% de los casos que presentan problemas en el ámbito de trabajo (EAP, 2002). En Tailandia, el porcentaje de personas de 12-65 años de edad que abusan de sustancias fluctúa del 8,6% al 25% según la región del país, con el porcentaje más alto en la región nordeste. En Nueva Zelanda (con una población de 3,4 millones de personas) la pérdida de productividad por causa de alcohol fue estimada en US\$ 57 millones por año (Jones et al., 1995).

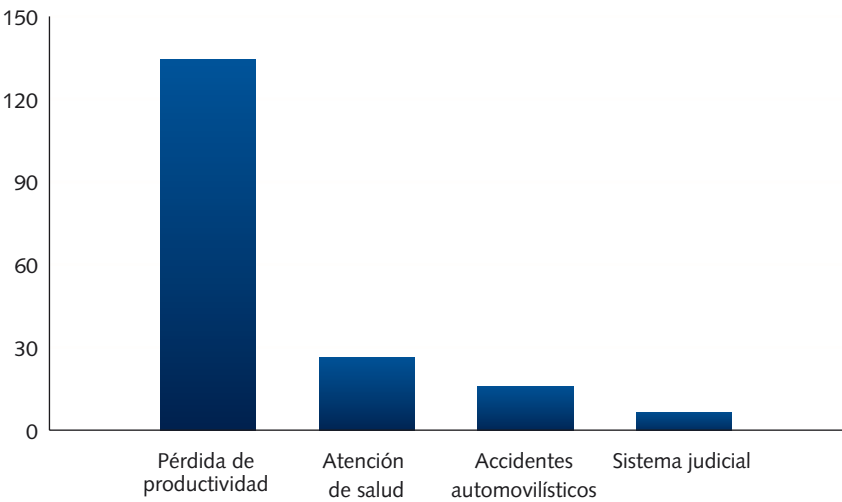
En los **EE.UU.** los costos totales por el abuso de alcohol fueron estimados en US\$ 185 000 millones en 1998 (Harwood, 2000). Más del 70% de este costo fue atribuido a productividad pérdida (US\$ 134 200 millones), incluyendo pérdidas por enfermedades relacionadas con el alcohol (US\$ 87 600 millones), muertes prematuras (US\$ 36 500 millones) y crímenes (US\$10 100 millones). Los gastos por la atención de salud alcanzaron US\$ 26 300 millones de los cuales US\$ 7500 millones se invirtieron en el tratamiento del abuso de alcohol y dependencia y US\$ 18 900 millones en el tratamiento de las consecuencias adversas del consumo de alcohol. Otros costos estimados incluyen daños a la propiedad y administrativos, como resultado de accidentes automovilísticos (US\$ 15 700 millones) y costos del sistema judicial por crímenes rela-

cionados con el alcohol (US\$ 6300 millones) Diagrama 9.

En **Gran Bretaña**, alrededor de 150 000 personas son admitidas en hospitales anualmente debido a accidentes y enfermedades relacionadas con el alcohol. El alcohol esta asociado con cerca de 22 000 muertes por año. La muerte por cirrosis hepática se ha casi doblado en la ultima década. Un reciente informe del Gobierno muestra que el abuso de alcohol cuesta al país por lo menos 20 000 millones de libras esterlinas por año.

El estudio mostró que 17 millones de días laborales se pierden anualmente por el estado post-ingesta y enfermedades relacionadas con el alcohol. Esto significa un costo de 6400 millones de libras esterlinas. Uno de cada 26 “días-cama” del Servicio Nacional de Salud corresponde a personas con enfermedades relacionadas con el alcohol, ocasionando un costo anual al contribuyente de 1700 millones de libras esterlinas. El costo vinculado con crímenes relacionados con el alcohol es de 7300 millones de libras esterlinas mientras que el “costo social” llega a los 6000 millones.

9
Costo del abuso de alcohol en los EE.UU, en miles de millones de dólares, 1998

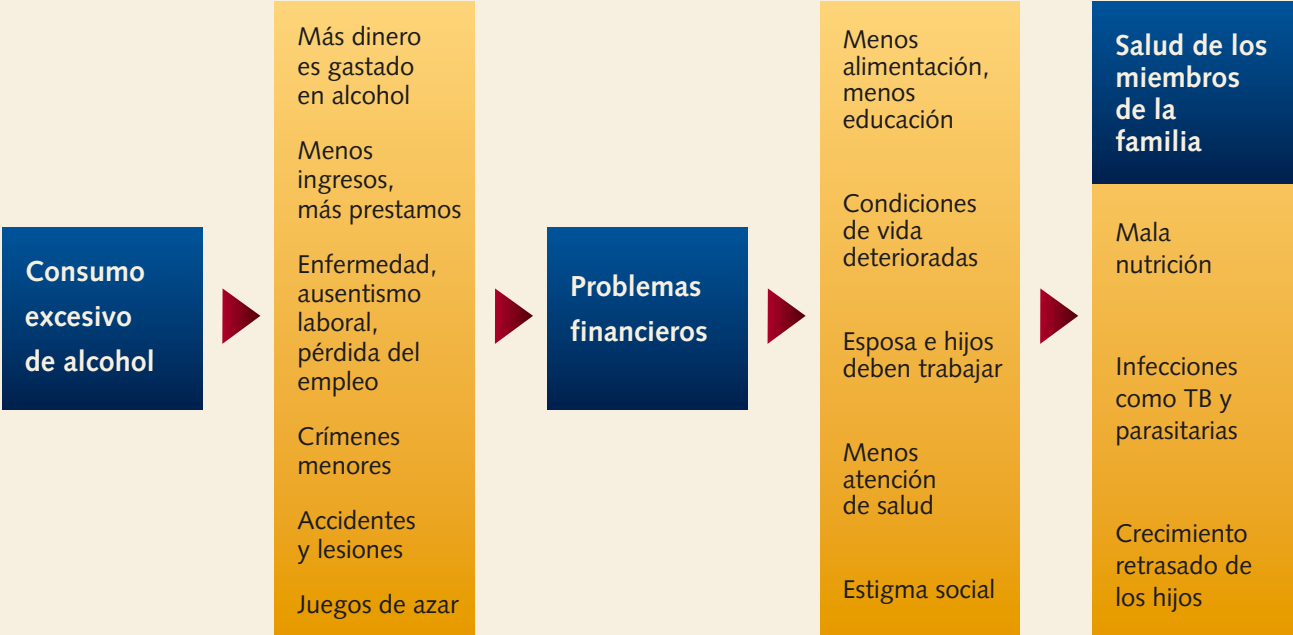


Fuente: Harwood, 2000

Por consiguiente, es dable concluir que las enfermedades relacionadas con el alcohol y el abuso de sustancias constituyen un serio problema de salud pública. Ellas afectan el desarrollo del capital humano y social, crean-

do no sólo costos económicos para la sociedad, incluso para el sistema de salud, sino también un costo social en términos de lesiones, violencia y crimen. También afectan el bienestar de futuras generaciones (Diagrama 10).

10
Excesivo consumo de alcohol y daño a la salud familiar



Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argüir que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. Existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso (Diagrama 11) afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.

Trabajo

Las personas desempleadas y aquellas que no logran empleo tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessler et al., 1989; Simon et al., 2000). Más aún, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).

Educación

Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la preva-

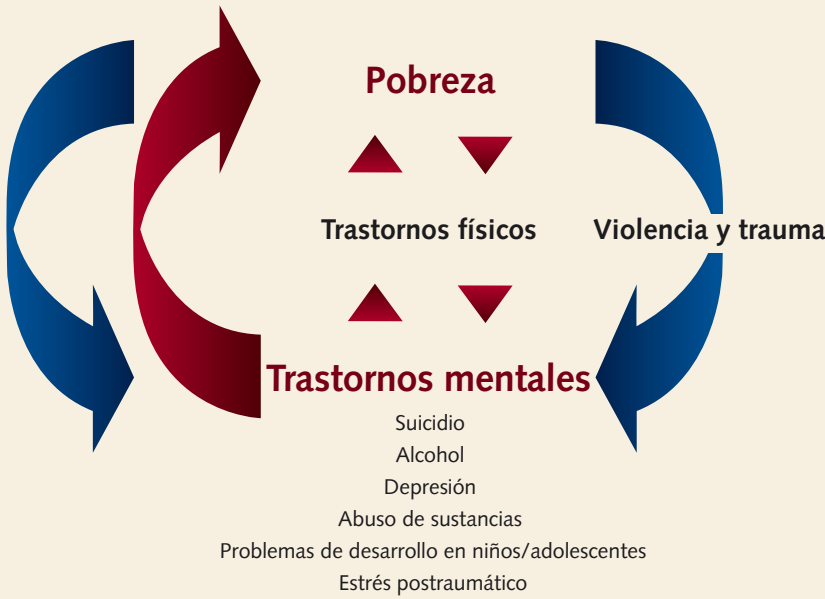
lencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.

Violencia y trauma

En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso no son infrecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

En ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.

11
Pobreza y trastornos mentales: un círculo vicioso



Promoción de la salud mental; prevención y manejo de la enfermedad mental

A fin de reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales y evitar los años de vida con discapacidad o la muerte prematura, debe darse prioridad a la prevención y promoción en salud mental. Estrategias preventivas y de promoción pueden ser usadas por clínicos con relación a pacientes individuales, y por planificadores de programas de salud pública en relación con grupos de poblacio-

nes. La integración de la prevención y la promoción en salud mental dentro de las estrategias de salud pública permitirán evitar muertes prematuras, disminuir el estigma que rodea a las personas con trastornos mentales y mejorar el ambiente económico y social.

¿Es posible promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales?

Dentro del espectro de intervenciones de salud mental, la promoción y la prevención son posibles y ambas cuentan con bases científicas. Ambas están sostenidas por un cuerpo de conocimiento creciente que proviene de disciplinas diversas como la psico-

patología del desarrollo, la psicobiología, la prevención y las ciencias de la promoción de la salud (OMS, 2002). Los programas de promoción y prevención han demostrado redituar ahorros económicos a la sociedad (Rutz et al., 1992).

Mucho puede hacerse para reducir la carga de los trastornos mentales, evitar las muertes prematuras y promover la salud mental en el mundo.

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla (OMS, 1986). Por lo tanto, está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas (Secker, 1998). Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (v.g. dieta adecuada, ejercicio físico, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud (OMS, 2002).

Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios fac-

tores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades (OMS, 2002). Los estudios siguientes son una ilustración de ello. El amamantamiento (fomentado por la iniciativa conjunta OMS/UNICEF y que es conocida como Iniciativa del Hospital Amigo del Bebé, Naylor, 2001) mejora el vínculo y el apego entre los infantes y sus madres, y contribuye de manera significativa a un mejor desarrollo. Las intervenciones de promoción en

las escuelas aumentan la autoestima, las habilidades de la vida, la conducta pro-social, el rendimiento escolar y el ambiente social.

Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social.



Photo: © WHO, P. Viot

¿Cuándo deben comenzar las intervenciones de prevención de los trastornos mentales?

Las visitas de enfermeras y de agentes comunitarios a las madres embarazadas y después del nacimiento, a fin de prevenir un cuidado no adecuado del niño, el abuso, problemas psicológicos y conductuales en los niños y la depresión postnatal en las madres, han probado ser extremadamente eficaces si son sostenidas (Olds et al., 1988). Enseñar a las madres el monitoreo temprano del crecimiento y el desarrollo de bebés de bajo peso, junto con adecuados consejos a las madres,

puede prevenir un desarrollo intelectual disminuido (Programa de Salud y Desarrollo Infantil, 1990). Los programas de estimulación temprana dan la posibilidad a las madres de prevenir el desarrollo lento frecuentemente observado en infantes a pre-término y mejorar el crecimiento y la conducta de esos niños (OMS, 1998). Esos programas pueden también reducir el número de días en el hospital (Field et al., 1986) y resultar en ahorros económicos. También se ha encontrado

que los suplementos nutricionales son útiles para prevenir el daño neuropsiquiátrico. Por ejemplo, el suplemento de yodo en el agua o la sal (tal como lo recomienda la OMS, 1996; 2001) puede ayudar a prevenir el cretinismo y otros trastornos por deficiencia de yodo (Sood et al., 1997; Mubbashar, 1999). Más aún, puede tener un efecto positivo en el nivel de inteligencia de poblaciones aparentemente sanas que residen en áreas con deficiencia de yodo (Bleichrodt y Born, 1994).

Las estrategias preventivas son útiles durante la infancia y la adolescencia

Las intervenciones preventivas reducen la depresión y los sentimientos de desesperanza, agresión y conductas delictivas, así como el uso del tabaco, alcohol y drogas y esto de manera sostenida (Schweinhart y Weikart, 1992; OMS, 1993; Bruene-Butler et al., 1997; Shochet et al., 2001).

Se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la detección de problemas y facilita las intervenciones indicadas.

“Más vale prevenir que curar”

Intervenciones psicosociales, como la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones de grupo con base familiar para niños de alto riesgo previenen el desarrollo de trastornos de ansiedad (Dadds et al., 1997) y reducen los síntomas depresivos y los problemas de conducta (Jaycox et al., 1994). La depresión en la adolescencia tiene un alto riesgo de recurrencia en las edades adultas y está también asociada con el riesgo de desarrollar problemas de la personalidad o de

conducta. Es posible prevenir la mayoría de suicidios e intentos de suicidio entre los escolares mediante un amplio programa escolar de prevención, que incluya modificaciones apropiadas de la política escolar, capacitación de los maestros, educación de los padres, manejo del estrés y una serie de aptitudes para la vida junto con la introducción de una célula de crisis en cada escuela (Zenere y Lazarus, 1997).



Veliana, 6 years old, Bulgaria

¿Cómo puede la prevención ayudar a adultos y ancianos?

Existe considerable evidencia que estrategias preventivas mejoran el funcionamiento marital, la vida de relación y ocupacional. Es posible disminuir disfunciones en la comunicación de la pareja, dificultades en la vida sexual, el divorcio y el abuso infantil en parejas jóvenes mediante la educación y el desarrollo de habilidades (Renick et al., 1992; Cowan y Cowan, 1992). Los programas dirigidos a aumentar la capacidad de afrontar la viudez y el duelo reducirían los síntomas depresivos y facilitarían una mejor adaptación (Vachon et al., 1980). Análogamente, los estudios han demostrado que la capacitación en el manejo del estrés en el ámbito ocupacional para personal en riesgo (v.g. enfermeras, conductores de autobuses, maestros y trabajadores manuales) puede ser muy útil. También se ha visto que trabajadores que retornaron al trabajo después de haber recibido apoyo, afrontaron mejor las situaciones, tuvieron menos síntomas depresivos y lograron conseguir mejores trabajos (Vinokur et al., 1992). El retorno al trabajo así como la pérdida del empleo pueden causar depresión, ansiedad y muchos otros problemas tales como alcoholismo, estrés en la vida de pareja y abuso infantil, e, incluso, pueden llevar al suicidio.

Se ha encontrado que el consejo del médico y otras formas breves de intervención son efectivos en la reducción del abuso de alcohol (Babor y Grant, 1992). Intervenciones breves han sido ensayadas para reducir el uso del cigarrillo (Kottke et al., 1988). Las estrategias para prevenir el abuso de alcohol y otras sustancias por medio de campañas masivas, incluyendo el uso de etiquetas advirtiendo acerca de los riesgos de alcohol, han sido exitosas para aumentar la toma de conciencia del problema (MacKinnon et al., 2000). Igualmente, intervenciones comunitarias destinadas a las mujeres que incluyen coaliciones comunitarias, grupos de trabajo y de apoyo ayudan a reducir el hábito de fumar (Secker-Walker et al., 2000).

El uso del casco protector cuando se monta en bicicleta reduce sustancialmente el riesgo de traumatismos cerebrales que pueden causar discapacidad neurológica y mental (Cameron et al., 1994). Programas breves cognitivo-conductuales para las víctimas de accidentes automovilísticos o laborales (Fecteau y Nicki, 1999; Bryant et al., 1998) son beneficiosos en la prevención y el manejo del estrés postraumático.

Prevención de la conducta suicida

La prevención de la conducta suicida (el intento y el suicidio consumado) implica una serie de desafíos en el nivel de la salud pública. Por un lado, es importante destacar que las edades de las personas en riesgo se extienden desde la adolescencia temprana hasta la edad avanzada. Por el otro, el riesgo suicida varía grandemente según los factores demográficos y culturales (entre ellos, la edad, el género, la religión, el nivel socioeconómico) y el estado mental. Asimismo, esta influido por la disponibilidad de los métodos usados para consumir esa conducta.

Esta diversidad de factores hace necesaria la integración de diferentes enfoques en el nivel poblacional, con el fin de lograr importantes resultados.

De acuerdo con la mejor evidencia disponible (OMS, 1998), las siguientes intervenciones han demostrado su eficacia en la prevención de algunas formas de conductas suicidas :

- El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas (en especial, pesticidas en áreas rurales) de algunos países asiáticos;
- Detoxificación del gas doméstico y del automóvil;
- El tratamiento de personas con trastornos mentales (en especial, depresión, alcoholismo y esquizofrenia);
- Reducción del acceso a armas de fuego; y
- Moderación en los artículos periodísticos que informan sobre suicidios.



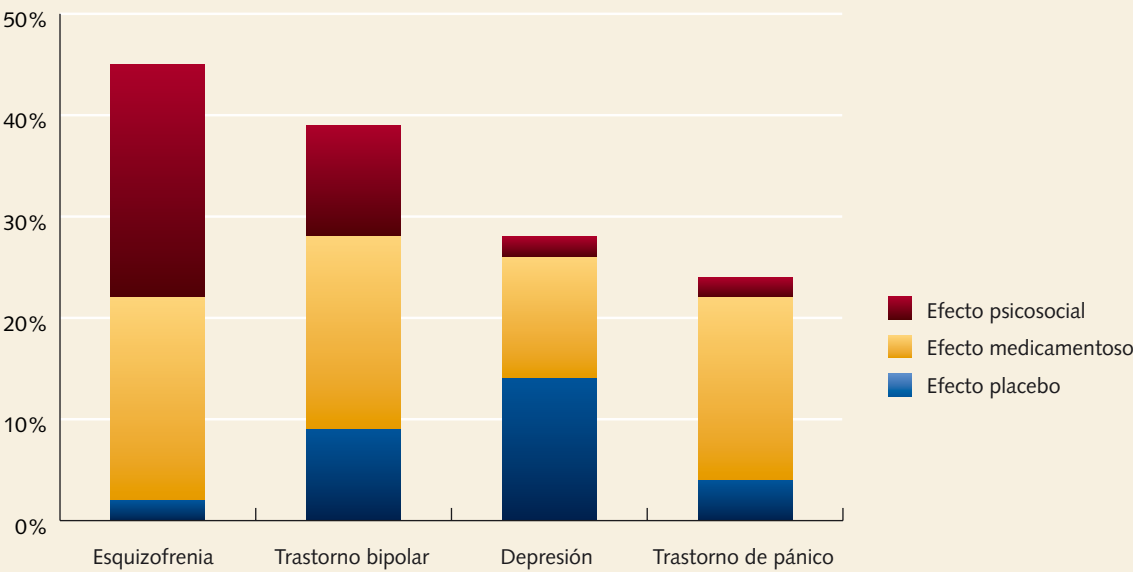
Hoang Gia, 9 years old, Vietnam

El tratamiento de los trastornos mentales: eficacia y costo-eficacia

El reconocimiento creciente de salud mental como un aspecto central en la salud pública internacional ha llevado a la necesidad no menos creciente de demostrar que la inversión de recursos en el desarrollo de servicios no sólo es un tema requerido sino que también es importante. Específicamente, no sólo se ha vuelto esencial recoger evidencias de intervenciones efectivas sino también de estrategias apropiadas de salud mental tanto costo-eficaces como sostenibles.

Si bien el volumen de estos estudios es aún modesto, especialmente en países de bajo o medianos ingresos, existen evidencias económicas de volumen creciente que demuestra que intervenciones para tratar la esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales no sólo están disponibles y son efectivas, sino que son también accesibles económicamente y costo-eficaces.

12
Efectos del tratamiento en la discapacidad
Porcentaje total de la mejoría de la discapacidad

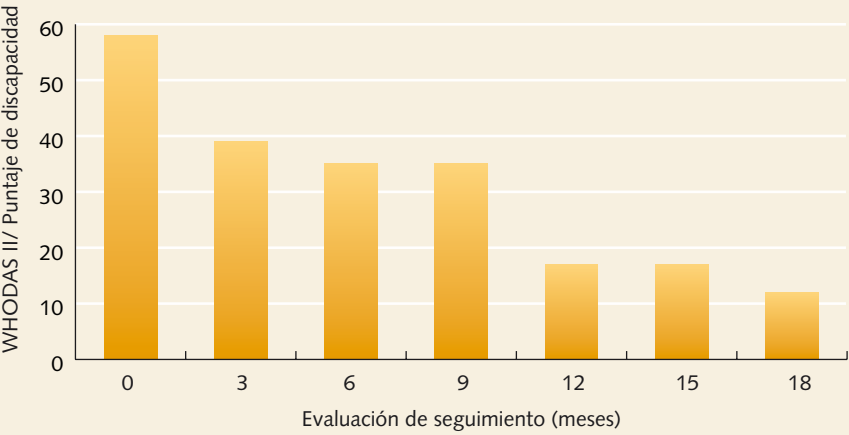


¿Cuán efectivos son los tratamientos de condiciones psiquiátricas que generan una carga importante?

Existe una extensa literatura con relación a la eficacia y efectividad de una amplia gama de estrategias farmacológicas, psicosociales y del manejo de la atención para tratar tanto los trastornos psiquiátricos como las adicciones. El diagrama 12 en la página anterior ilustra la reducción de la discapacidad que sigue al tratamiento farmacológico y psicosocial, administrados juntos o por separado. Como puede observarse, el grado de mejoría comparado con la opción de no seguir un tratamiento llega al 50%. Por consiguiente, se puede afirmar que si bien las intervenciones actuales no eliminan completamente la discapacidad asociada con esas condiciones, ellas superan en mucho la opción de no proveer tratamiento, que, desafortunadamente, suele ser el caso. Esto lleva a considerar los costos involucrados para lograr esta mejoría.

El diagrama 13 ilustra la efectividad del tratamiento, por medio del tratamiento comunitario que consiste en ofrecer medicamentos de bajo costo y apoyo psicosocial básico, disminuyendo la carga económica y la discapacidad por la esquizofrenia no tratada hasta ese momento en la India. Cabe notar que no sólo la discapacidad disminuyó grandemente sino que los costos totales asociados con esa condición (que incluyó el tiempo destinado al cuidado por parte de los familiares) también disminuyó. Estos efectos fueron sostenidos durante los 18 meses del seguimiento.

13
Cambios en la discapacidad consecuentes al tratamiento comunitario de personas no tratadas por esquizofrenia, en India rural.



¿Cuáles son los costos de un tratamiento efectivo?

El alarmante bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo para tratar problemas de salud mental, con relación a la población afectada para quien estos recursos son necesarios, ha sido enfatizado por el proyecto Atlas de la OMS (2001). La generación de enfoques basados en la evi-

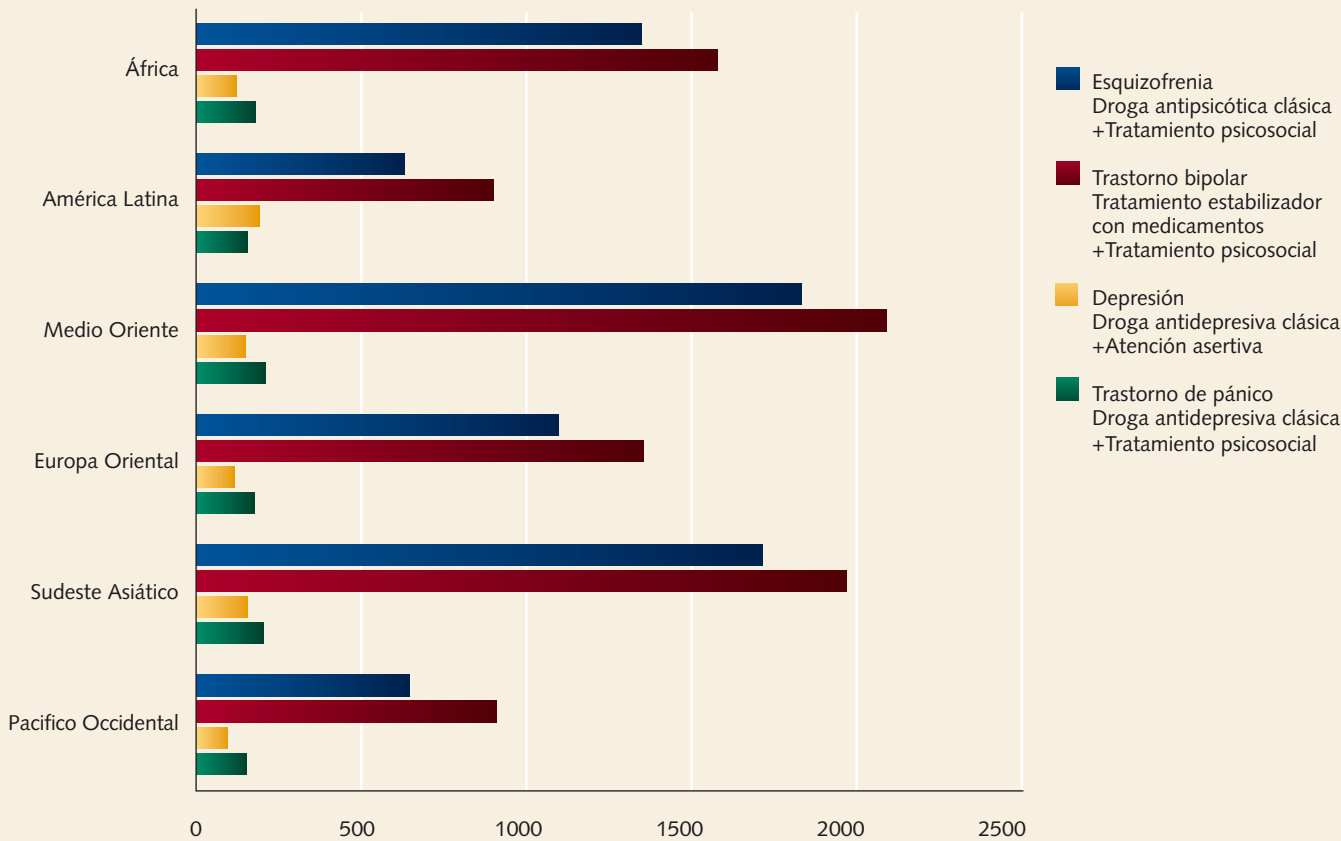
dencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios representa un componente aún no suficientemente desarrollado pero muy necesario en las políticas nacionales de salud mental en regiones en desarrollo.

La OMS se ha embarcado en un proyecto destinado a recoger esa evidencia en el nivel mundial, mediante el proyecto OMS-Selección (WHO-CHOICE, en inglés) que incluye la estimación del costo y eficiencia de una gama de estrategias terapéuticas claves para trastornos que conllevan una pesada carga.

14

Costo anual por caso (o episodio) de tratamientos psiquiátricos basados en la evidencia.

Costo por caso tratado (en dólares internacionales)



El diagrama 14 muestra el costo estimado del tratamiento de primera línea de la esquizofrenia y del trastorno bipolar en la clínica ambulatoria del hospital y también el costo de la atención de la depresión y del trastorno de pánico en el nivel primario de salud. Estos costos se basan en el uso estimado de los recursos de atención de la salud que son requeridos para producir la reducción esperada de la discapacidad. Los costos están expresados en dólares internacionales (I\$) que toman en cuenta el poder adquisitivo en diferentes países. Es dable observar que las condiciones psiquiátricas más severas como la esquizofrenia requieren insumos mayores de los relativos costos (especialmente por cuanto las personas afectadas requieren hospitalización o atención en residencias fuera del hospital). Por el contrario, el costo para tratar efectivamente un episodio de depresión se estima entre 1\$ 100-150.

La costo-eficacia debe ser uno de los diferentes criterios a usarse en el proceso de decisión para financiar la prevención y el tratamiento de trastornos mentales.

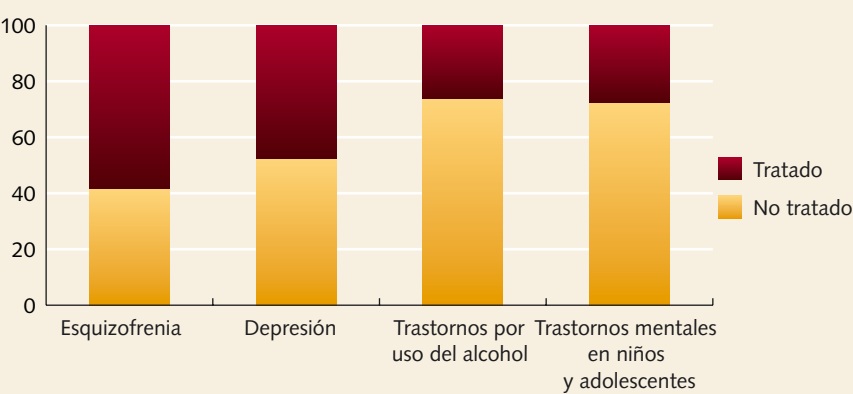
Estas evaluaciones económicas deben ser complementadas con otros argumentos. Por ejemplo,

- Las personas con trastornos mentales están en mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos y tienen mayores probabilidades de sufrir discriminación al tener acceso a tratamiento y atención;
- La consecución de objetivos en cuanto a la salud física tales como :
 - La mortalidad infantil y del niño puede ser reducida merced a un mejor tratamiento de la depresión postnatal;
 - Las tasas de infección por VIH/SIDA en el grupo de edad de 17 a 24 años pueden reducirse, porque una mejor salud mental reduce el riesgo de sexo no protegido y el uso de drogas;
 - Existe mejor cumplimiento de los tratamientos por otras condiciones (v.g., tuberculosis, VIH/SIDA, hipertensión, diabetes y cáncer);
- Los cuidadores se benefician de una reducción de la carga de atención, lo cual implica una mejor calidad de vida y menos días de trabajo perdidos y, por lo tanto, una menor pérdida de ingresos;
- Los empleadores y los trabajadores se benefician de un mejor ambiente de trabajo, menor ausentismo y mayor productividad;
- Los gobiernos se benefician porque hacen menos necesarias las transferencias de costos y de pagos;
- La salud mental es una variable crucial en el éxito de los programas destinados a reducir la pobreza y asegurar un desarrollo sostenible.

La brecha entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados

15

La brecha del tratamiento por trastorno específico (todo el mundo). Tasas en %



Si bien los trastornos mentales, del cerebro y por el uso de sustancias pueden ser tratados efectivamente con medicación y/o intervenciones psicosociales, sólo una minoría de las personas afectadas reciben el tratamiento incluso el más básico. Con frecuencia, el tratamiento inicial se demora hasta varios años. En países desarrollados, con sistemas de salud bien organizados, entre el 44% y el 70% de las personas con depresión, esquizofrenia, trastornos por el consumo de alcohol, y enfermedades mentales de los niños y adolescentes no reciben tratamiento en un año dado (Diagrama 15). En países en desarrollo, donde la brecha puede alcanzar hasta el 90% para estos trastornos, la mayoría de las personas con trastornos severos son dejadas a su suerte.

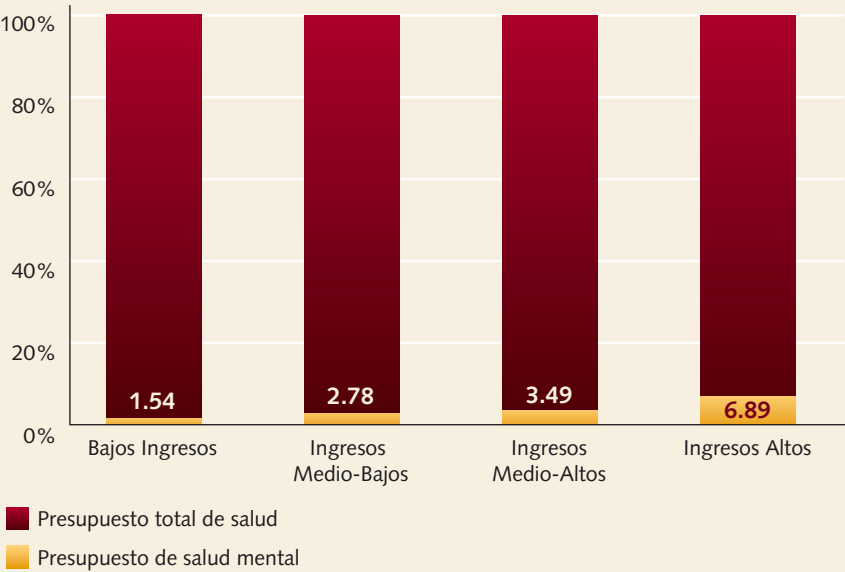
Más del 40% de los países en el mundo no cuenta con una política de salud mental y más del 30% carece de un programa nacional. Más del 90% no tiene una política de salud mental que incluye a niños y adolescentes. El pago directo por parte del individuo constituye el método primario de financiación de la atención de salud mental en el 16,4% de los países. Aun en países donde existen planes de seguro, estos frecuentemente no cubren los trastornos mentales y de la conducta en el mismo grado que las otras enfermedades. Huelga señalar que esto crea enormes dificultades tanto para los pacientes como para sus familias.

El inexistente o insuficiente presupuesto para salud mental en países de bajos ingresos

A pesar de la importancia de un presupuesto dedicado a salud mental dentro del presupuesto general de salud, el 32% de los países comprendidos en el proyecto Atlas de la OMS (2001) no contaba con un presupuesto diferenciado del gobierno. De los que informaron que contaban con uno, el 36,3% invertía menos del 1% de su presupuesto total de salud en salud mental. Los países clasificados de acuerdo con los criterios del Banco Mundial en cuanto a sus ingresos

difieren considerablemente en cuanto a la proporción destinada a salud mental dentro de sus respectivos presupuestos de salud (Diagrama 16). Los países más pobres tienen reducidos presupuestos de salud e invierten aún en menor proporción en salud mental; esto resulta en una limitación marcada de los recursos. Una baja oferta de atención en salud mental conlleva resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y acciones escasas de rehabilitación.

16
Proporción del presupuesto de salud mental respecto al total del presupuesto de salud por nivel de ingresos de los países según el Banco Mundial. Tasas en %



La relación entre la carga de los trastornos mentales y las inversiones para enfrentarla es totalmente inadecuada

Existe una brecha amplia entre la carga de los trastornos neuropsiquiátricos y el presupuesto de salud mental

Los trastornos mentales y de la conducta constituyen el 13% de la carga global de la enfermedad; sin embargo, en promedio, el presupuesto de salud mental de los países es sólo el 2% de los gastos totales en salud (Diagrama 17).

17

La carga de los trastornos neuropsiquiátricos vs los presupuestos

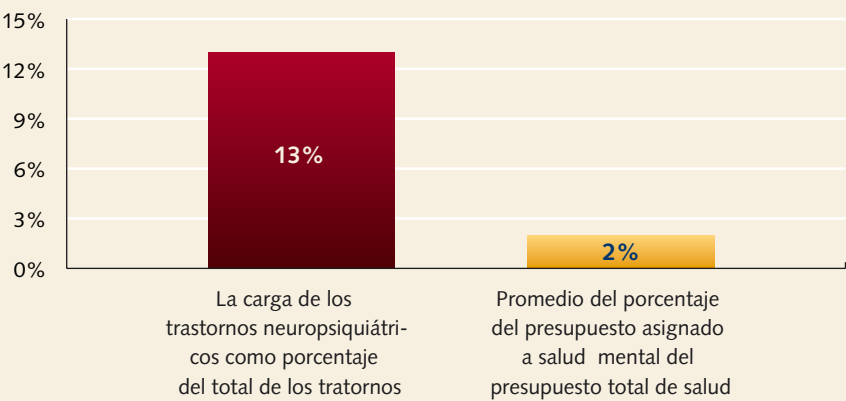


Photo: © A. Mohit

Se requiere una urgente acción con el fin de cerrar la brecha del tratamiento y superar barreras que impiden que las personas accedan a una atención apropiada en salud mental.

Existen varias barreras que impiden que las personas accedan a una atención apropiada en salud mental

Estigma

Muchas personas con trastornos mentales en el mundo son victimizadas por su condición y son objeto de discriminación injusta. El acceso a la vivienda, el empleo, y demás oportunidades que ofrece la sociedad están frecuentemente comprometidas.

Planes de seguro de salud discriminatorios

En muchos países muchas personas no pueden acceder a la atención de salud mental porque ésta sigue excluida de los programas de los seguros de salud. Un cuarto de todos los países en el mundo no otorga pensiones de discapacidad por trastornos mentales. Un tercio de la población mundial – 2000 millones de personas - reside en países que invierten en salud mental menos del 1% del presupuesto de salud.

Medicamentos inexistentes

Si bien el 85% de los países cuenta con una lista de medicamentos esenciales que se utiliza para proveer medicamentos terapéuticos, casi el 20% de ellos no tiene ni un medicamento antidepresivo, antipsicótico y antiepiléptico en el nivel primario de atención.

Prioridades erradas

En un número alto de países (especialmente en países desarrollados) se invierte el grueso de los recursos en contados asilos mentales que se ocupan de una fracción pequeña de las personas que necesitan tratamiento. Frecuentemente también esas instituciones ofrecen una atención subestándar y hasta inhumana.

Personal del nivel primario de atención inepto

Es aún muy reducido el número de médicos y enfermeras que sabe reconocer y tratar adecuadamente las personas con trastornos mentales. En el 41% de los países no existen programas de capacitación en salud mental para los agentes de salud del nivel primario.

Políticas y legislación en salud mental que carecen de bases racionales y de integralidad

- El 40% de los países no tiene una política de salud mental.
- El 25% de los países no tiene legislación de salud mental; y
- El 30% de los países no cuenta con un programa nacional de salud mental.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS

2001: El año de la salud mental

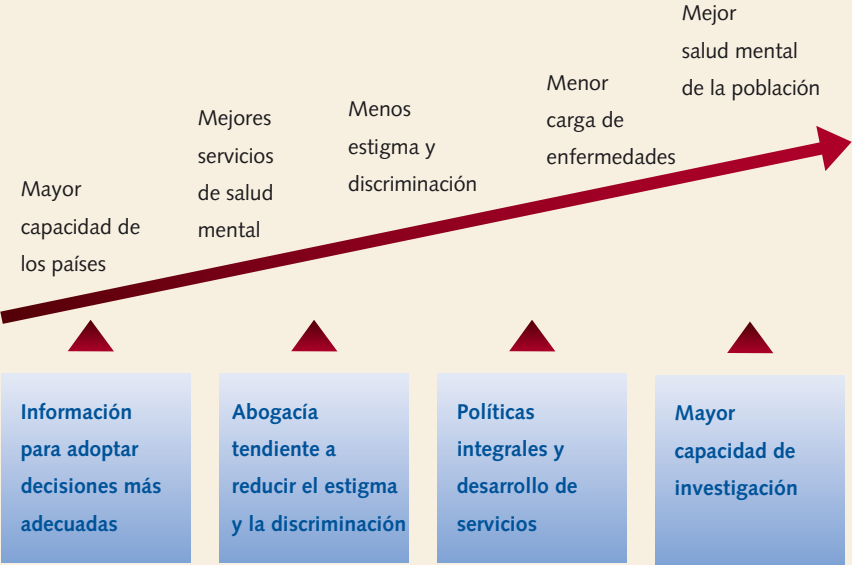
La OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental.

En ese año el Día Mundial de la Salud fue un éxito rotundo. Más de 150 países organizaron actividades que descollaron por su importancia, entre ellas, proclamaciones por parte de las más altas autoridades de los países y la adopción de leyes actualizadas y programas de salud mental.

Seguidamente, 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud emitieron un mensaje claro e inequívoco: la salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva. Por último, el tema del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 fue la salud mental. Sus 10 recomendaciones fueron recibidas de forma muy positiva por todos los Estados Miembros.

Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el **Programa Mundial de Acción en Salud Mental**. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar las 10 recomendaciones antes citadas. Se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final: mejorar la salud mental de las poblaciones. (Diagrama 18).

18
Las Cuatro Estrategias Centrales del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS



Abogacía, información, políticas de salud mental e investigación son las palabras claves del nuevo programa mundial de salud mental de la OMS. El objetivo es cerrar la brecha entre los que reciben y los que no reciben atención.

Estrategia 1

Aumentar y mejorar la información destinada a los decisores y transferir tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países.

La OMS esta recogiendo información acerca de la magnitud y la carga de los trastornos mentales alrededor del mundo así como sobre los recursos (humanos, financieros y socioculturales) que están disponibles en los países a fin de responder a esa carga. Asimismo, la OMS esta haciendo circular tecnologías relacionadas con la salud mental y conocimientos que permiten la capacitación de los países con relación al desarrollo de medidas preventivas y el fomento de tratamientos apropiados para los trastornos mentales, de la conducta y del abuso de sustancias.

Estrategia 2

Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía a fin de elevar el respeto por los derechos humanos y reducir el estigma.

La Organización Mundial de la Salud esta empeñada en establecer una alianza pluralista de todas las audiencias relacionadas con la salud mental: El Consejo Mundial para la Salud Mental. La alianza actuará como un foro para la salud mental, estimulará y brindará apoyo a la implementación de las 10 recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 en todas las regiones. Sociedades profesionales, usuarios, familiares, líderes de grupos religiosos, parlamentarios, organizaciones sindicales y de empresarios entusiasta y mancomunadamente buscarán la mejoría de la salud mental en el mundo al compartir esta plataforma mundial liderada por la OMS.

Estrategia 3

Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos obliga un uso racional.

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 y el Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo han revelado una situación que dista de ser satisfactoria con relación a la atención de salud mental en muchos países, especialmente los así conocidos como en desarrollo. La OMS está comprometida a colaborar técnicamente con los ministerios de salud a fin de desarrollar políticas y servicios. Fortalecer la capacidad nacional es una prioridad para elevar la salud mental de las poblaciones.

La OMS ha elaborado guías para la formulación de políticas y desarrollar servicios a fin de satisfacer las necesidades en estas dos áreas, así como un manual para modificar e implementar la legislación en salud mental.

Para traducir planes en acción concreta, la OMS está adaptando el nivel y tipos de la implementación de acciones al nivel general de recursos de los países. En el caso particular de los países en desarrollo, donde la brecha entre necesidades y recursos es más amplia, la OMS ofrecerá paquetes de objetivos realizables para su implementación. Estos paquetes ofrecen el mínimo de acciones posibles a fin de poner en práctica las 10 recomendaciones del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*. El logro de esos objetivos influirá en resultados tanto de salud como sociales, a saber, mortalidad por suicidio o por el uso de alcohol o drogas ilícitas, morbilidad y discapacidad causada por los trastornos mentales más importantes, la calidad de vida y, finalmente, los derechos humanos.

Estrategia 4

Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública

Amén de fomentar acciones de abogacía, colaboración en cuanto a políticas y de transferencia de tecnologías, el Programa Mundial de Acción formula en detalle el rol activo que deben desempeñar la información y la investigación en los esfuerzos multidimensionales para dar el salto en salud mental en el ámbito nacional.

La OMS está desarrollando diversos proyectos y actividades para promover esta estrategia a nivel nacional. Esto incluye un programa de becarios destinado a los países en desarrollo. Además, entre otras iniciativas, la OMS está llevando a cabo un proyecto con relación al costo-eficacia de estrategias de salud mental a fin de evaluar los costos reales y los beneficios de las distintas intervenciones. Estas estimaciones posteriormente servirán para mejorar los servicios de salud mental a nivel nacional.

Mucho puede hacerse; el esfuerzo colectivo puede contribuir a mejorar la salud mental

Múltiples intervenciones pueden ser implementadas inmediata y extensamente usando el conocimiento y las tecnologías existentes. El beneficio en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de la muerte prematura es enorme.

Prevención de problemas de salud mental en la niñez

Atención a la madre y el niño

Un cuidado adecuado durante el embarazo y el parto previenen trastornos mentales y del cerebro. La estimulación temprana también asegura un mejor desarrollo psicosocial y previene trastornos emocionales y de la conducta.

Programas en las escuelas

Intervenciones psicosociales por parte de maestros y consejeros pueden prevenir la depresión, las conductas agresivas y el uso de sustancias en los alumnos.

Prevención del suicidio

Intervenciones al nivel de los medios de comunicación

Los profesionales de salud mental pueden estimular la adopción de códigos de conducta por parte de los medios de comunicación para lograr que se abstengan de glorificar instancias de suicidio, de manera de contribuir a reducir su riesgo.

Las restricciones de acceso a medios para cometer suicidio.

Se ha demostrado que la restricción de acceso a los medios para cometer suicidios (p.ej., pesticidas) puede ser efectiva para su prevención. Leyes y reglamentaciones pueden poner coto a la disponibilidad de sustancias peligrosas

Prevención de problemas relacionados con el consumo de alcohol

Mayores impuestos

El aumento de impuestos sobre las bebidas alcohólicas reduce de forma uniforme los niveles de consumo, lo que conduce a una reducción considerable de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Intervenciones breves

Los modelos de intervención breve que se aplican en los centros de atención primaria de salud han demostrado ser eficaces para la mayoría de personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol (25% de reducción en el consumo de alcohol).

Depresión

Identificación temprana de las personas que sufren de depresión

Se sabe que aun en los países con altos ingresos, casi el 50% de aquellos que sufren de depresión no son identificados. La identificación temprana significa un tratamiento más efectivo y evita la discapacidad o la muerte por suicidio.

Servicios de atención primaria de salud

En la mayoría de los casos, los trastornos depresivos pueden tratarse de forma efectiva con medicamentos comunes y baratos y con sencillas intervenciones psicosociales. Esto se puede lograr en los servicios de atención primaria de salud al proporcionar una capacitación básica y medicinas apropiadas.

Esquizofrenia

Mantenimiento con drogas antipsicóticas

Una vez que este trastorno es diagnosticado y se ha comenzado su tratamiento, el tratamiento de casi todos los pacientes debe continuar asegurándose la administración regular de los medicamentos. Los costos son menores, mas resultan en una reducción sustancial de la discapacidad y en la mejoría de la calidad de vida.

Participación de la familia

Las familias son las aliadas más importantes en el cuidado de la persona con un trastorno crónico. Intervenciones simples destinadas a ellas pueden acrecentar la calidad de vida tanto del paciente como de todo el grupo familiar. Además, las recaídas pueden ser prevenidas.

Retardo mental

Yodación de la sal

La yodación de la sal es la prevención más efectiva en áreas deficientes de yodo. De esta manera, millones de niños pueden salvarse de un déficit intelectual grave que dura toda la vida. Cabe indicar que es una medida sanitaria de muy bajo costo.

Capacitación de los padres

Los padres pueden ayudar a sus hijos con retardo mental a alcanzar el máximo de su potencialidad. En efecto, por medio de una capacitación simple se puede lograr la creación de un mejor ambiente para el desarrollo de estos niños.

Epilepsia

Campañas anti-estigma

El estigma es una de las barreras más importantes en el tratamiento de la epilepsia. Las campañas contra el estigma logran múltiples resultados, por ejemplo facilitar el tratamiento y la integración en las escuelas y comunidades.

Acceso a los

medicamentos antiepilépticos

Estos medicamentos cuestan poco, no obstante, su disponibilidad en los servicios es limitada. Asegurar la disponibilidad regular de estos medicamentos hace posible el tratamiento, incluso en los países pobres. Llegan al 70% los pacientes recientemente diagnosticados que pueden ser tratados exitosamente.

Derechos humanos

La legislación debe ser modernizada. El monitoreo de las violaciones de los derechos humanos debe ser implementado. La calidad de la atención en las instituciones psiquiátricas debe mejorar. Todo esto asegurará una mejor calidad de vida y dignidad para las personas con trastornos mentales. Un componente importante de las intervenciones dirigidas a los trastornos mentales es, precisamente, posibilitar a los pacientes el goce de todos los derechos de ciudadanía.

Todos pueden contribuir



Bibliografía

- Albertyn C, McCann M (1993). *Alcohol, Employment and Fair Labour Practice*. Cape Town, Juta.
- Babor TF, Grant M (1992). *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Berto P et al., (2000). Depression: Cost-of-illness studies in the international literature: A review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3: 3-10.
- Birnbaum HD, Greenberg PE, Barton M (1999). Workplace burden of depression: A case study in drug functioning using employer claims data. *Drug Benefits Trends*, 11: 6BH-12BH.
- Bleichrodt N, Born MP (1994). A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury, JB, ed. *The Damaged Brain of Iodine Deficiency*. New York, Cognizant Communication Corporation: 195-200.
- Bolton W, Oakley K (1987). A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological Medicine*, 17(2): 453-460.
- Bruene-Butler L et al., (1997). The improving social awareness social problem-solving project. In: Albee GW, Gullota TP, eds., *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Bryant RA et al., (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioural therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66: 862-866.
- Cameron MH et al., (1994). Mandatory bicycle helmet use following a decade of helmet promotion in Victoria, Australia: An evaluation. *Accident Analysis & Prevention*, 26: 325-37.
- Conti DJ, Burton WN (1994). The economic impact of depression in a workplace. *Journal of Occupational Medicine*, 36: 988.
- Cowan C, Cowan P (1992). *When partners become parents: The big life-change for couples*. New York, Basic Books.
- Dadds MR et al., (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65: 627-635.
- Department of Trade and Industry, South Africa (1997). *Liquor Policy Ape and Liquor Bill (Government Gazette N° 18135)*. Pretoria, Government Printer.
- Dooley D, Catalano R, Wilson G (1994). Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. *American Journal of Community Psychology*, 22(6): 745-765.
- Fecteau G, Nicki R (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 27: 201-214.
- Field TM et al., (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Paediatrics*, 77: 654-658.
- Goldberg RJ, Steury S (2001). Depression in the workplace: Costs and barriers to treatment. *Psychiatric Services*, 52 (12): 1639, December.
- Harwood H (2000). *Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: Estimates, update methods, and data*. Report prepared by the Lewin Group for the National Institutes on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Infant Health and Development Programme (1990). Enhancing the outcomes of low birth-weight premature infants: A multi-site randomized trial. *JAMA*, 1990, 263: 3035-3042.
- Jaycox LH et al., (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research & Therapy*, 32: 801-816.
- Jones S, Casswell S, Zhang JF (1995). The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*, 90 (11): 1455-1461.
- Kessler RC, Turner JB, House JS (1989). Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, 54(4): 648-657.
- Kessler RC et al., (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1026-1032.
- Kessler RC, Frank RG (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4): 861-873.
- Knapp MRJ, Almond S, Percudani M (1999). Costs of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds.). *Evidence and Experience in Psychiatry (Volume 1)*. London, John Wiley and Sons.
- Knapp MRJ (2003). Paper presented at the seminar on Mental Health Economics: new European dimension, Madrid, 3 abril 2003.
- Kottke TE et al., (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*, 259(19): 2883-2889.
- MacKinnon D et al., (2000). The alcohol warning and adolescents: 5-year effects. *American Journal of Public Health*, 90: 1589-1594.
- Marcotte DE, Wilcox-Gok V (2001). Estimating the employment and earnings costs of mental illness: Recent developments in the United States. *Social Science & Medicine*, 53 (1) 21-27.
- Mark T et al., (2000). Spending on mental health and substance abuse treatment, 1987-1997. *Health Affairs*, July/August.
- Maughan B, Rutter M (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behaviour from childhood to adult life. In: Ollendick TH, Prinz RJ (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum.
- McAlpine D, Warner L (2002). *Barriers to Employment among Persons Mental Illness: A Review of the Literature*. Working paper, Disability Research Institute, University of Illinois at Urbana-Champaign, USA.
- Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G (eds.), *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, Routledge.

- Naylor AJ (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting and supporting breast-feeding in the twenty-first century. *Paediatric Clinics of North America*, 48: 475-483.
- NHS Executive, Department of Health (United Kingdom) (1996). *Burdens of disease: a discussion document*. London, Department of Health.
- Olds DL et al., (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78: 1436-1444.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2000). *Mental Health in the Workplace*. (Phyllis G, Liimatainen, M-R), OIT, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Life Skills Education In Schools*. Ginebra, WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Prevención y lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo. Resolución de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, WHA49.13.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children*. Ginebra. WHO/MSA/MHP/98.1.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002*, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Fortalecimiento de la salud mental*. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, EB109.R8.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Workplace Mental Health Policies and Programmes*.
- Draft document. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence (unpublished document).
- Patel A, Knapp M (1997). *The cost of mental health: Report to the Health Education Authority*. Working paper, Centre for Economics of Mental Health, Institute of Psychiatry. London.
- Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, 81(8).
- Renick MJ, Blumberg SL, Markman HJ (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Programme (PREP): An empirically based preventive intervention program for couples. *Family Relations*, 41: 141-147.
- Rice D et al., (1990). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness*, Publication No. (ADM) 90-1694, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville.
- Rouse BA (ed) (1995). *Substance Abuse and Mental Health Statistics Sourcebook*. (DHHS Publication No. SMA 95-3064). Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- Rutz W et al., (1992). Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 457-464.
- Schweinhart LJ, Weikart DP (1992). High/Scope Perry Preschool Program outcomes. In: McCord J, Tremblay RE (eds.), *Preventing Antisocial Behaviour: Interventions From Birth Through Adolescence*. New York, Guilford Press: 67-86.
- Secker J, 1998. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 13: 57-66.
- Secker-Walker R et al., (2000). Helping women quit smoking: Results of a community intervention program. *American Journal of Public Health*, 90: 940-946.
- Seminario EAP (2002). *Mental Health Promotion and Drug Prevention in the Workplace*. Organizado por el Departamento de la Salud Mental, Bangkok, Tailandia.
- Shochet IM et al., (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30: 303-15.
- Simon GE et al., (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3): 153-162.
- Sood A et al., (1997). Relevance and importance of universal salt iodization in India. *The National Medical Journal of India*, 10: 290-293.
- Stephens T, Joubert N (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1): 18-23.
- Steyn E (1996). Women and Trauma. Medical Research Council. *Trauma Review*, 4(2) 1-2.
- Université Laval (2002). *La santé mentale au travail*. Report by Université Laval, Canada.
- Vachon MLS et al., (1980). A controlled study of self-help interventions for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137: 1380-1384.
- Van Kralingen et al., (1991). *Alcohol and the injured driver: The "PODDER" project conducted at the Groote Schuur Hospital trauma unit*. Technical Report DPVT/170. Pretoria: CSIR.
- Vinokur AD, Schul Y, Price RH (1992). *Demographic assests and psychological resources in the reemployment process: Who benefits from the JOBS intervention for the unemployed?* Working Paper, Michigan Prevention Research Centre. Institute of Social Research. University of Michigan, USA.
- WHO-CHOICE (2003). *Cost-effectiveness of interventions for reducing the burden of mental disorders: A global analysis (WHO-CHOICE)*. GPE Discussion Paper (prepared by Chisholm D), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Zenere FJ 3rd, Lazarus PJ (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 27: 387-402.

Para más información

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
CH 1211 Ginebra 27
Suiza

Tel. +41 22 791 21 11
Fax: +41 22 791 4160

E-mail: mnh@who.int
Website: www.who.int/mental_health

Oficinas Regionales de la OMS:

África

Cité du Djoué
P.O. Box 06
Brazzaville
Congo

Tel.: +47 241 39100
+242 8 39100
Fax : +47 241 39501
+242 8 39501

E-mail: regafro@afro.who.int

Las Américas

Oficina Sanitaria Panamericana
525, 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
EE.UU.

Tel.: +1 (202) 974-3000
Fax: +1 (202) 974-3663

E-mail: postmaster@paho.org

Europa

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø
Dinamarca

Tel.: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18

E-mail: postmaster@euro.who.int

Mediterráneo Oriental

WHO Post Office
P.O. Box 7608
Cairo 11371
Egipto

Tel.: +20 2 670 25 35
Fax: +20 2 670 24 92

E-mail: PIO@emro.who.int

Asia Sudoriental

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110 002
India

Tel.: +91 11 2337 0804

Fax: +91 11 2337 0197

E-mail: PANDEYH@whosea.org

Pacífico Occidental

PO Box 2932
1000 Manila
Filipinas

Tel.: +63 2 528 8001

Fax: +63 2 521 1036

E-mail: postmaster@wpro.who.int



Evelyn Livia, 9 años de edad, Indonesia



Organización Mundial de la Salud

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Avenue Appia 20
CH 1211 Ginebra 27
Suiza

Tel. +41 22 791 21 11
Fax: +41 22 791 4160

E-mail: mnh@who.int
Website: www.who.int/mental_health

ISBN 92 4 356257 6

